



SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE INGRESOS INDEBIDOS

DATOS IDENTIFICATIVOS

APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

NIF/CIF

N.º AFILIACIÓN

C.C. COTIZACIÓN

RÉGIMEN

NOMBRE Y N.º DE LA VÍA PÚBLICA

C. POSTAL

TELÉFONO

MUNICIPIO

PROVINCIA

DATOS DE LA DEVOLUCION QUE SE SOLICITA

MOTIVOS

PERÍODO

CUANTÍA

DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN

DATOS BANCARIOS PARA EFECTUAR LA DEVOLUCION

TITULAR DE LA CUENTA

NIF/CIFA

CODIGO CUENTA CLIENTE

Entidad

Sucursal

D.C.

Cuenta

PERSONA QUE SUSCRIBE LA SOLICITUD

D.N.I., N.º PASAPORTE, ETC.

EN CALIDAD DE

_____, _____ de _____ de _____

N.º Expediente asignado

- En un plazo no superior a **seis meses**, el órgano competente dictará resolución declarando o no el derecho a la devolución.
- Transcurrido dicho plazo sin que haya recaído resolución expresa podrá entenderse **desestimada** la solicitud, según se establece en el número 5 del art. 44 del Reglamento General de Recaudación de los Recursos del Sistema de Seguridad Social, en relación con lo establecido en el número 2 de la disposición adicional sexta de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

SR. DIRECTOR PROVINCIAL DE LA TESORERIA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL